

Về xét nghiệm mỡ máu. Rối loạn Lipid máu hay gặp ở bệnh nhân ĐTD, có thể xảy ra trước hoặc sau khi mắc ĐTD. Rối loạn Lipid máu có thể gây ra vữa xơ mạch máu, tăng nguy cơ tử vong do đột quỵ, do bệnh lý tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát tốt Cholesterol là 75,6%, kiểm soát tốt LDL-Cholesterol là 81,5%, và kiểm soát tốt Triglyceride là 67,8%.

Về đặc điểm gan nhiễm mỡ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng giá trị cut-off của chỉ số FLI là 60; với giá trị FLI ≥ 60 chẩn đoán GNM, 30 - <60 là nghi ngờ GNM, và <30 là không bị GNM. Kết quả nghiên cứu thấy, tỷ lệ bệnh nhân có GNM là 25,37%, nghi ngờ GNM là 17,07%. Các tỷ lệ này hơi thấp hơn so với tỷ lệ GNM và nghi ngờ GNM trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà và (2022) [6]. Sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác nhau về địa điểm, cỡ mẫu, thời gian mà đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTD là $67,73 \pm 8,71$; nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,36; tỷ lệ bệnh nhân ĐTD có BMI ≥ 23 cao hơn tỷ lệ BMI <23; Tỷ lệ bệnh nhân mắc ĐTD, 5 năm cao nhất, 40,48%; chỉ số glucose trung bình là $8,3 \pm 2,2$ mmol/l; tỷ lệ bệnh nhân ĐTD kiểm soát tốt HbA1c là 46,3%; tỷ lệ kiểm soát tốt Cholesterol là 75,6%, LDL-Cholesterol là 81,5%,

Triglyceride là 67,8%; tỷ lệ bệnh nhân ĐTD có GNM là 25,37%, nghi ngờ gan nhiễm mỡ là 17,07%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thu Trang (2019).** Nghiên cứu Đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm, siêu âm và mô bệnh học Bệnh gan nhiễm mỡ. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
2. **Hoàng Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Quang Bày (2024).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 có gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) (2024). Tạp chí Y học Việt Nam, 2 (543), 204-208.
3. **Bộ Y tế (2020).** Quyết Định số 5841/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2.
4. **Nguyễn Tiến Sơn, Lê Đình Tuấn, Nguyễn Huy Thông và CS (2024).** Nghiên cứu chỉ số gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Tạp chí Y Dược Quân sự, số đặc biệt 2024, 217-226.
5. **Cung Văn Chung, Trịnh Xuân Tráng (2024).** Kết quả điều trị bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh 2022-2023. Tạp chí Y học Việt nam, 536(2), 150-153.
6. **Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Bá Sỹ, Đinh Trung Hòa và CS (2022).** Khảo sát tình trạng gan nhiễm mỡ bằng chỉ số FLI (Fatty liver index) và siêu âm gan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đến khám tại Bệnh viện nội tiết trung ương. Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường, 58, 133-143.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP MẠCH VÀNH TRONG VÒNG 48 GIỜ ĐẦU

Dương Đình Quý^{1,2}, Bùi Khắc Cường^{1,3}, Nguyễn Thị Mai Ly⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp được can thiệp động mạch vành (ĐMV) trong 48 giờ đầu. **Đối tượng và phương pháp:** tiến cứu, mô tả cắt ngang. 58 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp tại Viện tim mạch Việt Nam, được khám lâm sàng và

xét nghiệm cận lâm sàng, được can thiệp ĐMV trong vòng 48 giờ. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,53 \pm 11,93$ tuổi. Chủ yếu từ 50 tuổi trở lên (96,6%). Tỷ lệ bệnh nhân nam (60,3%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (39,7%). Triệu chứng lâm sàng khó thở chủ yếu (75,9%), và mồ hôi (60,3%), đau ngực điển hình (43,1%). Các giá trị trung bình của men tim tăng cao, đặc biệt là Troponin T ($4513,55 \pm 10160,47$ ng/l). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 29 BN (64,4%), tỷ lệ tổn thương cả 3 thân ĐMV cao nhất (51,7%), tỷ lệ can thiệp động mạch liên thất trước cao nhất (63,8%), tiếp theo là ĐMV phải (32,8%), động mạch mũ (20,7%), ĐM thân chung (15,5%). **Kết luận:** Bệnh nhân NMCT cấp có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất, giá trị Troponin T tăng cao, và tổn thương cả 3 thân ĐMV chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ khoá: Lâm sàng, cận lâm sàng, nhồi máu cơ tim, can thiệp mạch vành.

¹Học viện quân y

²Bệnh viện Quân y 4, Nghệ An

³Trung tâm Nghiên cứu Y học Việt - Đức (VG-CARE)

⁴Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly

Email: dr.nguyenmaily@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

SUMMARY**STUDY ON SOME CLINICAL AND
PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN
PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION UNDERGOING CORONARY
INTERVENTION WITHIN 48 HOURS**

Aim: Describe the clinical and paraclinical characteristics in patients with acute myocardial infarction (AMI) undergoing coronary artery (CA) intervention within the first 48 hours. **Subjects and Methods:** Prospective, cross-sectional study on 58 patients diagnosed with AMI at the Vietnam Heart Institute. Patients underwent clinical examination and paraclinical tests, followed by CA intervention within 48 hours. **Results:** Average age of the cohort was 67.53 ± 11.93 years; mostly 50 years and older (96.6%). Proportion of males (60.3%) was higher compared to females (39.7%). Main clinical symptoms were shortness of breath (75.9%), sweating (60.3%), typical chest pain (43.1%). Average levels of cardiac enzymes were elevated, especially Troponin T (4513.55 ± 10160.47 ng/l). The rate of AMI patients with regional hypokinesia was the highest at 29 patients (64.4%), the rate of lesions in all 3 coronary arteries was the highest (51.7%), the rate of anterior interventricular artery intervention was the highest (63.8%), followed by the right coronary artery (32.8%), circumflex artery (20.7%), and common main artery (15.5%). **Conclusion:** AMI patients with regional hypokinesia were the highest, Troponin T value was increased, and lesions in all 3 coronary arteries accounted for the highest proportion.

Keywords: Clinical, paraclinical, myocardial infarction, coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là một trong những thể lâm sàng của bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ đang ngày càng trở nên phổ biến và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới, đặc biệt ở các nước có nền kinh tế phát triển. NMCT xảy ra khi có một lượng bất kỳ cơ tim bị hoại tử, do hậu quả của thiếu máu cơ tim kéo dài. Nguyên nhân chủ yếu của NMCT là do xơ vữa động mạch gây tắc hoặc hẹp một hay nhiều nhánh của động mạch vành (ĐMV) nuôi dưỡng vùng đó [1],[2]. Mặc dù có những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng NMCT cấp vẫn là một loại bệnh nặng, diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng nguy hiểm luôn đe dọa tính mạng của người bệnh, tỷ lệ tử vong cao [3].

Hằng năm ở Mỹ có hơn một triệu người nhập viện vì NMCT cấp và có khoảng hơn 300,000 người tử vong trước khi nhập viện, cứ mỗi 25 giây có một người Mỹ chết vì NMCT cấp, tỷ lệ tử vong của NMCT cấp khoảng 30%, trong đó hơn một nửa tử vong trước khi nhập viện [4],[5]. Ở Việt Nam, số bệnh nhân NMCT có xu hướng tăng nhanh. Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều

trị làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong do NMCT cấp. Sự ra đời của đơn vị cấp cứu mạch vành (CCU) đầu những năm 60 và tiếp đến những thuốc điều trị tiêu sợi huyết những năm 80 và hiện nay là can thiệp ĐMV cấp cứu và những tiến bộ về các thuốc phối hợp cấp cứu đã làm cho tỉ lệ tử vong do NMCT cấp trên thế giới hiện nay giảm xuống còn dưới 7% so với trước đây là trên 30% [6].

Phân loại NMCT cấp có nhiều cách, trong đó có cách phân loại theo vị trí vùng cơ tim bị nhồi máu. Nhiều nghiên cứu đã nhận thấy vị trí vùng cơ tim bị nhồi máu, do sự khác biệt ĐMV thủ phạm bị tổn thương và vùng cơ tim bị tổn thương đã đưa đến sự khác biệt trong bệnh cảnh lâm sàng, rối loạn huyết động, rối loạn nhịp tim, các biến đổi trên điện tim đồ, siêu âm. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp ĐMV trong vòng 48 giờ đầu tại Viện Tim Mạch Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: gồm 58 bệnh nhân nhập viện chẩn đoán NMCT cấp được can thiệp ĐMV.

- Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim Mạch Việt Nam.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 07 năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định NMCT cấp, có chụp và can thiệp đặt stent ĐMV, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có các bệnh nặng, ác tính kèm theo: ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do đái tháo đường, suy gan nặng.

- Bệnh nhân suy thận, sốc tim nặng hoặc có các biến chứng cơ học: Thủng vách tim, đứt dây chằng van hai lá.

- Bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp.

- Bệnh nhân rối loạn điện giải nặng.

- Bệnh nhân có kết quả điện tim Holter nhiều tín hiệu nhiễu tạp, thời gian theo dõi dưới 22 giờ.

Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

*** Thu thập dữ liệu từ bệnh nhân:** Số liệu được thu thập từ bệnh án bệnh nhân nội trú theo mẫu thiết kế sẵn. Mã bệnh được quy định theo ICD-10. Chúng tôi tiến hành ghi đầy đủ các số liệu về mặt lâm sàng (các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể), cận lâm sàng, kết quả chụp mạch vành, và cách thức điều trị (điều

trị nội khoa, can thiệp mạch vành), diễn tiến, biến chứng trong thời gian nằm viện.

*** Khám lâm sàng:** Tổng trạng chung của bệnh nhân, dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, đo BMI, tình trạng bệnh tim mạch, hô hấp, đánh giá mức độ suy tim trong NMCT cấp.

*** Xét nghiệm cận lâm sàng:** Bệnh nhân được làm một số xét nghiệm cơ bản như: huyết học, hóa sinh máu, điện tâm đồ, X-quang tim phổi, siêu âm tim.

Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm EpiInfo 3.3.2, Excel 2007, EpiCalc 2000.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Năm)	< 50	2
	50 - 60	19
	61 - 70	14
	71 - 80	14
	> 80	9
	TB±SD	67,53 ± 11,93
Giới tính	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
Nam	35	60,3
Nữ	23	39,7

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,53 ± 11,93 tuổi. Chủ yếu từ 50 tuổi trở lên (96,6%), tập trung nhiều nhất ở nhóm 50 – 60 tuổi (32,8%). Nhóm tuổi bị NMCT ít nhất là dưới 50 tuổi (3,4%). Tuổi thấp nhất 43 tuổi, cao nhất 92 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam (60,3%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (39,7%).

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	21	36,2
Tăng huyết áp	37	63,8
Đái tháo đường	10	17,2
Rối loạn lipid máu	16	27,6
Béo phì	7	12,1

Trong các yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (63,8%), tiếp đến là hút thuốc lá (36,2%), rối loạn lipid máu (27,6%), đái tháo đường (17,2%), thấp nhất là béo phì (12,1%).

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng

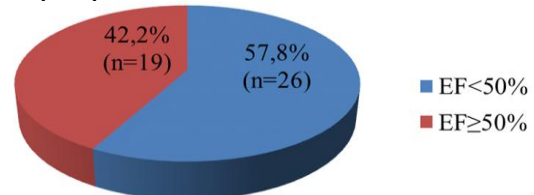
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
Đau ngực điển hình	33	56,9
Khó thở	44	75,9
Và mờ hồi	35	60,3
Ngất	5	8,6
TC khác	9	15,5

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có triệu chứng khó thở cao nhất (75,9%), tiếp đó là và mờ hồi (60,3%), đau ngực điển hình (43,1%), triệu chứng khác (15,5%), thấp nhất là ngất (8,6%).

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu và siêu âm tim

Xét nghiệm hóa sinh	Giá trị trung bình (n=58)
Natri (mmol/L)	140,12 ± 5,13
Kali (mmol/L)	3,80 ± 0,56
Clo (mmol/L)	100,90 ± 3,13
CK (U/L)	1232,40 ± 1650,80
CK-MB (U/L)	140,26 ± 166,16
Troponin T (ng/L)	4513,55 ± 10160,47
Thông số siêu âm	Giá trị trung bình (n=45)
Dd (mm)	47,47 ± 7,51
Ds (mm)	32,80 ± 8,39
EF (%)	49,53 ± 13,43
IVSd (mm)	9,82 ± 2,01
IVSs (mm)	13,38 ± 2,48
PWd (mm)	8,98 ± 1,71
PWs (mm)	14,18 ± 2,47

Giá trị trung bình của các chỉ số điện giải nằm trong giới hạn bình thường, riêng chỉ số Kali máu ở giới hạn thấp (3,8 ± 0,56 mmol/l). Các giá trị trung bình của men tim tăng cao, đặc biệt là Troponin T (4513,55 ± 10160,47 ng/l). Giá trị trung bình của EF là 49,53 ± 13,43(%), trung bình là có suy chức năng tâm thu thất trái. Dd là 47,47 ± 7,51 (mm), Ds là 32,8 ± 8,39 (mm), IVSd là 9,82 ± 2,01(mm), IVSs là 13,38 ± 2,48 (mm), PWd là 8,98 ± 1,71(mm), PWs là 14,18 ± 2,47 (mm).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân giảm phân số tổng máu thất trái

Có 45 BN được làm siêu âm tim, tỷ lệ bệnh nhân có EF < 50% là 26 BN (57,8%), EF ≥ 50% là 19 BN (42,2%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Bảng 5. Đặc điểm về rối loạn vận động vùng thành tim

Rối loạn vận động vùng	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ (%)
Vận động bình thường	11	24,4
Giảm vận động vùng	29	64,4
Mất vận động vùng	5	11,2

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 29 BN (64,4%),

tiếp đến vận động bình thường 11 BN (24,4%), mất vận động vùng 5 BN (11,2%).

Bảng 6. Phân bố theo số thân ĐMV bị tổn thương và vị trí can thiệp ĐMV

Số thân ĐMV tổn thương	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
1 thân	6	10,4
2 thân	22	37,9
3 thân	30	51,7
Nhánh ĐMV	Số lượng	Tỷ lệ (%)
RCA	19	32,8
LAD	37	63,8
LCx	12	20,7
LM	9	15,5

Theo kết quả trên tỷ lệ tổn thương cả 3 thân ĐMV là cao nhất (51,7%), tiếp theo là tổn thương 2 thân ĐMV (37,9%), cuối cùng tổn thương 1 thân ĐMV ít nhất (10,4%). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp can thiệp động mạch liên thất trước là cao nhất (63,8%), tiếp theo là ĐMV phải (32,8%), động mạch mũ (20,7%), ĐM thân chung (15,5%).

IV. BÀN LUẬN

Từ nghiên cứu này có thể thấy, nhóm tuổi hay gặp NMCT cấp nhất là từ trên 50 tuổi cho đến dưới 80 tuổi, trong độ tuổi này các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng nhiều nhất, liên quan đến hoạt động thể lực, tăng huyết áp, xơ hoá thành mạch máu, rối loạn chuyển hoá lipid máu... Kết quả nghiên cứu của một số tác giả Nguyễn Huy Lợi 2023 tuổi trung bình $69,16 \pm 11,56$ năm [7], Ngô Đức Kỳ 2021 tuổi trung bình $71,67 \pm 13,13$ năm [8]. Nghiên cứu này có tỷ lệ bệnh nhân nam là 60,3% nhiều hơn bệnh nhân nữ 39,7%. Tỷ lệ nam giới gấp gần gấp đôi là 1,5 lần. Thực tế nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới, tỷ lệ nam giới hút thuốc, uống rượu, ăn uống thiếu kiểm soát, lao động thể lực nặng... Tỷ lệ này thấp hơn so với một số tác giả khác như theo Phạm Mạnh Hùng 2010 tại Viện tim mạch quốc gia là 3,6 [9], Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu trên chỉ chọn bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên.

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát các yếu tố nguy cơ theo thứ tự từ cao đến thấp như sau: tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, béo phì. Tăng huyết áp trong nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng 2010 chiếm tỷ lệ là 52,3% [9], Nguyễn Huy Lợi 2023 Tại BV Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An 44,2% [7].

Về lâm sàng, theo kết quả nghiên cứu, cơn đau thắt ngực điển hình (56,9%), không điển hình (43,1%). NMCT cấp thường thì có đau thắt

ngực điển hình, vì vậy giúp cho việc chẩn đoán được nhanh hơn, xử trí kịp thời đem lại kết quả tốt hơn, tránh được các biến chứng. Về khó thở, bệnh nhân NMCT cấp có khó thở (75,9%), không có khó thở (24,1%), tỷ lệ khó thở cao hơn bệnh nhân không khó thở nên là triệu chứng gợi ý chẩn đoán NMCT khi có đau ngực, triệu chứng này đặc biệt dễ nhầm lẫn ở những bệnh nhân NMCT cấp trên nền bệnh phổi mạn tính, đau ngực không điển hình, cần làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, kịp thời chẩn đoán và xử trí sớm cho BN.

Về cận lâm sàng, Men CK ($1232,4 \pm 1650,8$ U/L) và CKMB ($140,26 \pm 166,16$ U/L), Troponin T ($4513,55 \pm 10160,47$ ng/l) tăng rất cao so với giá trị bình thường, đây là các xét nghiệm chính để chẩn đoán định hướng NMCT. Có thể trong giai đoạn rất sớm men tim chưa tăng nhưng khi đã có nghi ngờ thường phải làm lại men tim cho bệnh nhân khoảng 1 giờ một lần, nếu thấy tăng có động học giữa 2 mẫu ta phải chẩn đoán ngay NMCT cấp để có thái độ xử trí đúng đắn, tránh các biến chứng khác cho bệnh nhân. Đặc biệt là troponin T, tăng cao trong các BN bị NMCT cấp, một trong những tiêu chuẩn hàng đầu để chẩn đoán NMCT cấp.

Về siêu âm tim, trong nghiên cứu của chúng tôi có 45 BN được siêu âm tim, còn 13 BN không được làm siêu âm tim, EF trung bình ($49,53 \pm 13,43\%$). Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có rối loạn vận động vùng chiếm tỷ lệ cao hơn kết quả của Đặng Văn Minh 2023 tại Viện Tim Mạch Việt Nam với rối loạn vận động vùng (47,1%), không rối loạn vận động vùng (52,9%) [10].

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, số thân ĐMV tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất là 3 thân (51,7%), tiếp đến là tổn thương 2 thân ĐMV (37,9%), thấp nhất là tổn thương 1 thân ĐMV (10,3%). Thực tế cũng thấy rằng khi đã tổn thương mạch vành thì thường tổn thương chung cả 3 thân, sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ lên 3 thân ĐMV là như nhau, vẫn có thể do sự ưu năng của thân ĐMV này hơn các ĐMV khác nên sự tổn thương cũng khác nhau, nhưng nhìn chung là tổn thương cả 3 thân vẫn cao nhất.

Trong số 58 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp được can thiệp ĐMV của chúng tôi, trong đó can thiệp động mạch liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%), tiếp đến là can thiệp ĐMV phải (32,8%), can thiệp động mạch mũ (20,7%), ít nhất là can thiệp thân chung (15,5%).

Mỗi vùng cơ tim được cấp máu bởi một nhánh ĐMV nhất định, vì vậy vị trí bị tắc của ĐMV quyết định vùng bị nhồi máu của cơ tim. ĐMV bị tắc càng gần chỗ xuất phát thì tổn

thương cơ tim càng rộng, triệu chứng càng nặng nề và tiên lượng càng xấu. Động mạch liên thất cấp máu cho 50% cơ thất trái, khi động mạch này bị tắc, đặc biệt là đoạn gần thì tổn thương cơ tim thất trái càng lớn, khả năng suy tim và tiên lượng càng xấu. Động mạch vành phải thường là ưu năng, cung cấp máu chủ yếu cho thất phải, thành dưới thất trái và đặc biệt là nút xoang và đường dẫn truyền nên ĐMV phải tắc thường gây rối loạn nhịp, suy tim phải tụt huyết áp, làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,53 \pm 11,93$ tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nam (60,3%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (39,7%). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có triệu chứng khó thở cao nhất (75,9%), tiếp đó là và mồ hôi (60,3%), đau ngực điển hình (43,1%). Các giá trị trung bình của men tim tăng cao, đặc biệt là Troponin T ($4513,55 \pm 10160,47$ ng/l). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 29 BN (64,4%) và tỷ lệ tổn thương cả 3 thân ĐMV là cao nhất (51,7%). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp can thiệp động mạch liên thất trước là cao nhất (63,8%), tiếp theo là ĐMV phải (32,8%), động mạch mũ (20,7%), ĐM thân chung (15,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **European Society of Cardiology** (2000) "American College of Cardiology Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction". Eur Heart J, 21, 1502-1513.
2. **Scalone G, Brugaletta S, Gómez-Monterrosas O. et al** (2015) "ST-Segment Elevation Myocardial Infarction". Circulation Journal, 79 (2), 263-270.
3. **Thạch Nguyễn, Michael Gibson, Borce Petrovski. et al** (2007) "Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên". Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch., NXB Y Học, tr.31-70.
4. **Vũ Đình Huy, Richard CP** (2000) "Nhồi máu cơ tim cấp". Các Nguyên Lý Y Học Nội Khoa Harrison, tập 3 (NXB Y Học), tr. 1952-1971.
5. **Yasuda S and Shimokawa H** (2009) "Acute myocardial infarction". Circulation Journal, 73 (11), 2000-2008.
6. **Nguyễn Lâm Việt** (2014) "Nhồi máu cơ tim cấp". Thực hành bệnh tim mạch, 20-34.
7. **Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chính** (2023), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162 (1), tr. 237-246.
8. **Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ, và CS** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp động mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), tr. 243-246.
9. **Phạm Mạnh Hùng, Đào Trọng Thành, Nguyễn Ngọc Quang** (2010) "Nghiên cứu tính khả thi và hiệu quả của can thiệp động mạch vành qua đường động mạch quay ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp". Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 52, 36-44.
10. **Đặng Văn Minh, Vũ Điện Biên, Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Tiến Dũng, Lê Thị Lan Hương** (2023) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên". Tạp chí Y học Việt Nam, 539 (1b), tr. 233-237.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG MỆT MỎI Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}, Hoàng Thị Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan với tình trạng mệt mỏi ở các

bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, sử dụng bảng điểm CFQ-11 (Chalder Fatigue scale) để đánh giá tình trạng mệt mỏi thực sự của các bệnh nhân sốt xuất huyết dengue. **Kết quả:** Trong 102 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue (SXHD), có 74,5% bệnh nhân SXHD cảnh báo và 25,5% SXHD thường. Các biểu hiện lâm sàng chính của SXHD là sốt, đau đầu, đau mỏi người, có 35,3% bệnh nhân có biểu hiện ngứa và 42,2% có phát ban. Có 74,5% bệnh nhân có tiểu cầu dưới $50G/l$; 55,9% bệnh nhân có Hct $> 50\%$ lúc nhập viện.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm bài báo: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025